

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**“Percepción de la paciente sobre la atención del
parto humanizado en el Servicio de Centro
Obstétrico del Instituto Nacional Materno
Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Gabriela del Pilar Vela Coral

ASESOR

Jenny Elenisse Zavaleta Luján

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTOS:

A *Dios* por su infinita bondad y amor al llenarme de bendiciones e iluminar mi camino cada día de mi vida.

A la Obstetra *Jenny Elenisse Zavaleta Luján*, mi sincera gratitud, por su dedicación y tiempo en cada asesoría para la correcta realización de la presente investigación.

A la Obstetra *Zaida Zagaceta Guevara*, Directora de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por sus muestras inagotables de empeño y profesionalismo al involucrarse con el desarrollo de cada investigación y la constante motivación hacia la búsqueda de conocimientos que enriquezcan nuestra profesión.

A mis maestras de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por su paciencia y dedicación en cada momento académico, porque sin sus consejos y enseñanzas llegar a este momento no hubiera sido posible.

DEDICATORIA

A mi papá, Sócrates.

Por darme la vida, educarme con sus valores y por haber hecho hasta lo imposible para lograr en mí una profesional y una persona con integridad. Gracias por el amor y el apoyo incondicional, papá.

A mi mamá, Consuelo.

Por darme la vida y cuidar de mí siempre: cerca o lejos. Por ser mi mejor amiga y mi fuente de motivación constante para ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

A mi hermano Franz.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A José.

Por su amor, su paciencia y por creer en mí siempre, acompañándome en las buenas y en las malas.

A mis amigos.

A Paquita, Teófilo, Fiorella y Edward; porque de distintas maneras cada uno me mostró el cariño y el apoyo que me ayudó a concretar la presente investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	7
II. OBJETIVOS.....	22
III. MÉTODOS.....	23
3.1 Tipo de investigación.....	23
3.2 Diseño	23
3.3 Población	23
3.4 Muestra	23
3.5 Criterios de inclusión.....	24
3.6 Criterios de exclusión.....	24
3.7 Variables	24
3.8 Técnicas e instrumentos.....	24
3.9 Procedimientos y análisis de datos.....	25
3.10 Consideraciones éticas	26
3.11 Consentimiento informado.....	26
IV. RESULTADOS.....	27
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
6.1 Conclusiones.....	38
6.2 Recomendaciones.....	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	44
Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos.....	44
Anexo N° 2: Consentimiento informado	47
Anexo N° 3: Operacionalización de variables.....	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 púérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. En el análisis descriptivo de variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular.

Conclusiones: Más de la mitad de las púérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto.

Palabras claves: acompañante, parto humanizado, percepción, manejo del dolor.

ABSTRACT

Objective: To determine the perception of the patient about humanized care birth in the Obstetrics Service Center of the National Maternal and Perinatal Institute during the period from March to April 2015.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional and prospective study. The sample consisted of 100 immediate time postpartum women treated at the National Maternal and Perinatal Institute during the period from March to April 2015. In the descriptive analysis of quantitative variables measures of central tendency and dispersion were estimated; for qualitative variables, absolute and relative frequencies were calculated.

Results: The perception of the patient about humanized care birth was determined by four dimensions: professional treatment, choice of birth position, accompaniment and pain management in delivery care. In professional treatment dimension: the patients perceived that there always existed communication with the professional (82.0%), it was always explained what the labor consisted (81.0%), it was always identified by its name (59%), it was always explained the procedures performed (80%), its privacy was always respected (78%), it was always asked permission before any examination (83%), and it was always perceived helpfulness of professional (73%). In the dimension of free choice of the position birth, patients said they were never explained that they could choose the position of its birth (75%), they never taught delivery positions (79%) and they never explained that they could wander during labor (75%). In the accompaniment dimension: 73% was explained about the decision to have a companion in its delivery, 58% always perceived that the companion had to help them to relax. The humanized birth in its dimension pain management: 35% always perceived that the available alternatives for pain management were explained. In general 35% of patients perceived humanized delivery care properly performed; however 53% perceived that their care delivery was a regular level.

Conclusions: More than half of new mothers perceived humanized care delivery in a regular level, where communication, explanation of procedures and respect for privacy were adequate perceptions, unlike the free choice of birth position.

Keywords: companion, humanized birth, perception, pain management.

I. INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX el parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de manejar la atención del parto como una enfermedad. Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones, de este modo el parto se transformó en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de la pacientes y el derecho de las mismas a elegir su posición de parto, tener acompañamiento, etc. En respuesta a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó una encuentro en Brasil donde surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado.

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. El estado peruano al ser consciente de esta realidad, decreta la Ley de Promoción y Protección al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante en el año 2012, en donde se recomienda que para el bienestar de la madre y su familia, es fundamental que los profesionales de la salud posean conocimientos y capacidades para prestar el apoyo emocional adecuado, estableciéndose como necesidad de contar con un entorno favorable para el parto. En este sentido, el Instituto Nacional Materno Perinatal como ente rector comprometido con la implementación de estrategias nacionales, viene promocionando la atención de parto humanizado con enfoque intercultural, que incluye un adecuado trato del profesional que atiende el parto, la libre elección de la gestante en la posición de su parto, el acompañamiento de la gestante y el manejo del dolor a través de la analgesia de parto, lo que brinda una mayor confortabilidad a la madre y mejores condiciones para el recién nacido, aportando a las tasas de reducción de la morbimortalidad materna en nuestro país.

A nivel nacional existe un marco legal que justifica la aplicación del parto humanizado y a nivel local, el Instituto Nacional Materno Perinatal ha implementado el parto

humanizado como una estrategia para mejorar la satisfacción de las gestantes; sin embargo, debido al limitado abastecimiento del recurso humano y la gran demanda de atención de parto en esta institución especializada, puede no estarse brindando lo establecido en los protocolos de parto humanizado y esto verse reflejado en las percepciones de las usuarias.

Considerando la problemática descrita anteriormente, se plantea la presente investigación con el propósito de conocer la percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, cuya importancia radica en que permitirá implementar medidas que reconsideren a la mujer como protagonista de su parto.

Se realizó una revisión de un conjunto de estudios relacionados a la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en buscadores como Lilacs, Scielo, Redalyc entre otros; asimismo, se indagó en el repositorio institucional de tesis digitales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; los hallazgos de las revisiones realizadas se describen a continuación:

Saavedra D. (2013) realizó en Colombia el estudio: “Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo”. Los resultados evidenciaron una percepción del cuidado recibido en su mayoría favorable (75%). En relación a la deferencia respetuosa, el 81% de las madres calificó los comportamientos del cuidado como favorables. En cuanto a la asistencia segura, el 57% calificó los comportamientos de cuidado como favorables. En cuanto a la interacción positiva, el 72% de las madres percibió el cuidado como favorable, en esta dimensión la gestante en trabajo de parto y parto percibió tranquilidad, apoyo y acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. Existió además una deficiencia en el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.⁽¹⁾

Quintana M, y col. (2013) elaboraron en Uruguay es estudio “Satisfacción y calidad en analgesia del parto”, con el objetivo de medir la satisfacción de 151 gestantes asociada a la analgesia del parto. La mediana de la edad fue 21 años y el 52% fueron primigestas. El alivio del dolor fue evaluado según Escala Visual Analógica (EVA) antes y después de realizado el procedimiento, se encontró un EVA entre 8 y 10 antes de la analgesia y de 0 a 2 post procedimiento. Además el 70,9% estuvieron calmadas totalmente con la analgesia del parto. Por último, el 97,4% se sintió apoyada por el equipo tratante en todo momento. Se concluye que la satisfacción materna está

fuertemente determinada por la efectividad de la técnica, dependiendo también de otros factores como el apoyo percibido durante el trabajo de parto y experiencias previas.⁽³⁵⁾

Castellanos C. y col (2012) desarrollaron un estudio en Venezuela, titulado: “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”, para lo cual se encuestó a 425 puérperas sobre aspectos relativos a violencia obstétrica. Los resultados mostraron que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante y solo un 20,5% percibió trato no violento. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). Estos hallazgos llevaron a concluir que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.⁽²⁾

Arnau J. (2012) publicó una tesis en España, titulada: “Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia”. Los resultados mostraron que la humanización del proceso perinatal es un fenómeno pluridimensional. Dentro de los métodos de erradicación del dolor, la analgesia epidural es elegida por la mayoría de mujeres, las cuales refieren que es la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante del mismo. La relación paternalista se caracterizó de manera evidente en la Unidad de Puerperio por una falta de información, trato distante y despersonalizado tanto a la mujer como a su pareja, lo que provocó en las puérperas sentimientos de soledad, desamparo, resentimiento e incertidumbre.⁽³⁾

Orozco G. y Peña A. (2010) realizaron un estudio en México, titulado: “Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto”. En relación a las escalas aplicadas, la de comunicación obtuvo puntuaciones más bajas, así la mayoría del personal de salud se presentó con ellas; sin embargo, el 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que se le explicaron los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. Asimismo, el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría de las mujeres expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetó sus derechos; por último, en el

estudio las mayoría de pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención recibida.⁽⁴⁾

González J. y Quintero D. (2009) elaboraron una investigación en Colombia, titulada: “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención”, los resultados evidenciaron que el 73% de las mujeres atendidas en el servicio de hospitalización siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de salud, el 11% casi siempre percibieron un cuidado humanizado, el 12% algunas veces percibió cuidado humanizado y el 4% nunca percibió un cuidado humanizado.⁽⁵⁾

Gredilla E. y col (2008) desarrollaron en Madrid el estudio “Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto” para medir la satisfacción de las pacientes con la analgesia epidural para trabajo de parto. Se recogieron un total de 1067 encuestas. La edad media de la muestra fue 30,1 años, el 91,3% de las pacientes se mostraron satisfechas con el proceso de analgesia epidural; al entrevistarlas el 93,8% de las mujeres recomendarían la técnica y 94% de ellas volverían a solicitarla en mismo centro hospitalario. En conclusión se observó que la intención de volver fue un indicador de satisfacción que superó el 90%. Con estos resultados se observó que el uso de analgesia epidural aumento considerablemente la percepción de una buena atención de parto, lo que se evidenció por la intención de volver.⁽³⁶⁾

Goberna J. y col (2008) publicaron en España el estudio “Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres”. Los resultados mostraron que la mayoría de mujeres señalaron que la estructura hospitalaria, los profesionales y la tecnología les proporcionaban seguridad. En relación a la percepción y valoración del dolor a la hora del parto, para algunas mujeres, el dolor del parto aporta una vivencia gratificante. Las mujeres sienten que la monitorización del parto les aporta seguridad sin embargo, la tranquilidad que les ofrece conocer en todo momento el estado fetal no impide que las mujeres manifiesten malestar e incomodidad por la monitorización continúa. Se concluyó que las mujeres prefieren una atención menos medicalizada y quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto, confían plenamente en la competencia profesional, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente.⁽⁶⁾

Coral R. (2008) realizó en Colombia es estudio “Humanización del cuidado de enfermería durante el parto”. Se estudiaron 80 puérperas sin complicaciones durante el parto. El 51% desearon el acompañamiento de su esposo o familiar. El 48% no identificaron correctamente al profesional que las atendió. El 73% percibieron algún tipo de cuidados directos como la administración de medicamentos, explicación de la forma de pujar, brindar apoyo y explicación de procedimientos. Respecto a la actitud de la enfermera, las puérperas percibieron una actitud comprensiva (55%) y cariñosa (33%) por parte del profesional que las atendió; finalmente, el 100% consideró que no hubo problemas con respecto al mantenimiento de la privacidad, tono de voz, comentarios inapropiados y exposición de su cuerpo de manera innecesaria, por el contrario generalizaron haberse sentido bien con todo el personal que estuvo presente.⁽⁷⁾

Bravo O. y col (2008) elaboraron en Chile es estudio bibliográfico “El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres”. El análisis develó que la percepción del cuidado en el parto se sustenta en dos componentes principales. El componente técnico, se refiere a la experticia que la mujer reconoce, en los procedimientos efectuados por los profesionales. El componente relacional, al que asignan el valor principal, indica que el uso de palabras suaves, el aporte de información, la presencia de un familiar, el apoyo y respaldo de las madres, son considerados elementos fundamentales para que la mujer en situación de parto, pueda vivirlo satisfactoriamente, traducándose el buen cuidado, en eje de bienestar y valoración personal, permitiéndoles sentirse partícipes de su experiencia; de estos resultados se puede afirmar que los objetivos profesionales deben considerar como eje organizador del cuidado, el desarrollo de habilidades interpersonales, sin olvidar la permanente actualización del componente técnico del cuidado.⁽⁸⁾

Callata Y. y Zegarra S. (2011) publicaron en Lima la tesis “Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011”, donde incluyeron a 322 puérperas de parto vaginal. Se encontró que los factores que limitan a la usuaria la atención de su parto con acompañante fueron la carencia de información el 38,5% acerca del tema ($p<0,01$). El 14,6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto, mientras que el 68,3% no obtuvo información sobre el parto con acompañante en el INMP ($p<0,01$). En relación a la calidad de información en el INMP la calificaron como regular (56,8%). Se determinó que hay factores limitantes relacionados al parto con

acompañante: en la usuaria, en el acompañante y predominantemente en la institución, que son influyentes.⁽⁹⁾

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales.⁽¹²⁾ Sin embargo, es importante tomar en cuenta también uno de los enfoques actuales acerca del parto humanizado que consiste en el respeto de las decisiones, preferencias y expectativas de las pacientes, en este sentido es muy importante llegar a un balance entre el enfoque descrito en primera instancia que se basa en la evitación de actitudes intervencionistas y el segundo enfoque que pone a la parturienta como protagonista de su parto.

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal.

De esta manera se ofrece a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un ambiente saludable; es decir, se busca que las mujeres puedan parir y los bebés nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad donde se reconozca la fuerza y sabiduría de su cuerpo, con alegría y acompañamiento ⁽⁴³⁾.

La propuesta de parto humanizado se basa en tres ideas fundamentales:

1. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico.
2. Las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.
3. La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad ⁽⁴³⁾.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que no hay ninguna justificación para que se mantenga una tasa de cesárea mayor a 15%. El parto humanizado es relevante en todos los países y en todos los ámbitos de parto. Aun si éste requiere de

intervenciones o cirugía abdominal, debe realizarse con respeto a los principios del parto humanizado.

En el año 2000, la declaración de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Fortaleza, Ceará, Brasil, se enunció que el concepto de humanización designa un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión y en unión con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y con personas que llegarán en el futuro, así como con quienes nos han antecedido. La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminales, envejecimiento, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras ⁽¹²⁾.

La atención humanizada del parto está fundamentada en:

1. Asistencia obstétrica basada en evidencias científicas.
2. Atención basada en la relación de pareja y en el respeto entre dos personas.
3. Visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico.
4. Parto conducido por la mujer, que sigue tanto sus instintos como sus necesidades, y tiene libertad de movimientos y de expresión.

El año 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un trabajo donde participaron más de 50 profesionales de salud entre ellos obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, quienes realizaron una revisión de conocimientos y adoptaron 10 valores y principios para proteger, promocionar y apoyar el cuidado efectivo sobre la tecnología apropiada para el parto donde se señaló que se continúan practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar de que existe una aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.⁽¹³⁾ Entre los principios de la OMS para la atención del parto se tienen los siguientes:

- Debe ser medicalizado en lo menor posible, lo que significa que el cuidado fundamental debe utilizar un grupo mínimo de intervenciones, sólo las necesarias, y aplicar la menor tecnología posible.
- Debe basarse en la tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, equipamiento y otras herramientas que ayuden a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aun superiores.
- Fundamentarse en las evidencias. Esto significa que debe estar avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorios cuando sea posible y apropiado.
- Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, así como científicos sociales.
- Debe ser integral, por lo tanto debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente ofrecer un cuidado biológico.
- Estar centrado en las familias; es decir, debe dirigirse hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
- Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Entre las formas de cuidado que deberían ser abandonadas:

- Impedir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participación de los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.

- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- Episiotomía rutinaria.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes/tranquilizantes de rutina.
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
- Separar a las madres de sus hijos cuando éstos se encuentran en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

Entre las formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento:

- Proveer apoyo psicosocial a las mujeres.
- Contacto madre-hijo irrestricto.
- Tasas de cesárea que no rebasen el 15% de los nacimientos.
- Libre posición durante el trabajo de parto.

La propuesta del parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las madres y sus bebés, y convierte a la información en herramienta de toma de decisiones para que la madre pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, eligiendo las mejores opciones para ella y su bebé. El escenario humano del parto ubica a la mujer como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una vivencia de poder y apropiación de su cuerpo, del parir y del nacer. Los intermediarios y acompañantes (otras personas o familiares) solamente son un apoyo. El hombre, compañero y padre, es también un protagonista importante. Para él es una oportunidad de crecimiento como varón, una posibilidad de relacionarse con su compañera de manera profunda y de establecer las bases para una paternidad afectiva, presente y gozosa. Dar a luz es un acontecimiento natural, con leyes duras y precisas; por eso se necesita de apoyo, ayuda y protección, sin que nadie intervenga; es decir, que se respeten los tiempos de la mujer, los factores emocionales y culturales ⁽¹²⁾.

El acompañamiento de la gestante significa en primera instancia el apoyo de personas que tienen una formación acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas. Se le ofrece apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a través de masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. Todo el apoyo ofrecido por estas personas reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado 24 horas después de haber dado a luz. A su vez tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho a las 6 semanas del parto.⁽¹⁸⁾

Un acompañante es la persona elegida por la gestante quien brinda un apoyo físico, emocional, informativo y representativo. La mujer de parto debe estar acompañada de las personas con las cuales ella se encuentre cómoda; su pareja, la mejor amiga o algún familiar. En los países desarrollados las mujeres a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias el apoyo a la mujer gestante es deficiente o incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención.⁽¹⁹⁾

En el año 1998 se instauró el proyecto del Parto con Acompañante en el Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, tanto para gestantes adolescentes como adultas. Este proyecto quedó incluido en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica de dicha institución y en la actualidad aún se encuentra vigente.

Actualmente el Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con una Resolución Directoral N° 171-DG-INMP-10 del año 2010, en donde se aprueba la Directiva N°007-DG-INMP-2010 ***“Atención del Parto con Acompañante”*** en dicha institución, con la finalidad de promover y fortalecer el desarrollo de la familia con la participación del padre (pareja) en los procesos del parto. El acompañante será la persona elegida por la gestante para que la acompañe durante la atención del parto, la cual recibe información y orientación básica de psicoprofilaxis obstétrica, beneficios del parto con acompañante, las diferentes alternativas de atención del parto y se les informa sobre las condiciones que debe tener para acceder a esta modalidad de parto, la cual es brindada por la Obstetra responsable del área en el Servicio de Emergencia, con retroalimentación antes de ingresar al Servicio de Centro Obstétrico. La información brindada a las parejas en psicoprofilaxis obstétrica de emergencia consta de dos

sesiones, en la primera sesión se informa a la gestante y a su acompañante sobre la sintomatología del trabajo de parto y el manejo de la contracción uterina, fomentando en ellos una actitud positiva frente al parto; y en la segunda se les informa sobre las sesiones del periodo expulsivo, atención inmediata del recién nacido, fomentando un mayor vínculo familiar (madre, padre y recién nacido). Asimismo con la aprobación de esta nueva directiva, la cual permite el Parto con Acompañante a las parejas que no fueron preparadas en las sesiones de psicoprofilaxis, pero que sí recibieron información en el servicio de Emergencia, se está dando la oportunidad de que más gestantes disfruten su parto acompañadas, promoviendo así la participación del padre (o pareja) o acompañante elegido por la gestante durante el parto (42).

Entonces en el Instituto Nacional Materno Perinatal podemos encontrar en la actualidad dos formas para poder tener un Parto con Acompañante mediante el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica y el servicio de Emergencia, por ende es importante la aplicación y difusión de la presente Directiva por parte del profesional de salud que trabaja en esta institución para favorecer el trinomio madre, padre y niño.

En lo que se refiere a la posición en el trabajo de parto, diversos estudios han demostrado que, durante la fase de dilatación del parto, la posición supina afecta al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero puede provocar compresión aorto-cava y el reducido flujo sanguíneo puede comprometer la condición del feto. La posición supina, también reduce la intensidad de las contracciones,^(32,33) y así interfiere en el progreso del parto. Ponerse de pie o tumbarse de lado se asociaba con una mayor intensidad y eficiencia de las contracciones. A pesar de la prevalencia de la posición supina la mujer puede optar por muchas otras opciones. Sin embargo, muchos factores limitan frecuentemente estas opciones, desde el diseño de la cama o la presencia de vías intravenosas o del equipo de monitorización. Cuando estos factores son los mínimos la mujer se puede poner de pie, caminar, sentarse, tomar un baño o ducha para relajarse o adoptar cualquier posición que alternativamente escoja. Diversos estudios han comparado las posiciones verticales con la supina y han demostrado que el parto resultó ser menos doloroso y que la estimulación se usó con menos frecuencia en las posiciones no supinas. Así algunos estudios reportan una incidencia significativamente menor de alteraciones en el ritmo cardíaco del feto en la postura vertical, sin embargo, otros estudios no encuentran importantes diferencias en los resultados neonatales. En conclusión no existe ninguna evidencia que apoye la posición supina durante el período de dilatación; la única excepción sería cuando las membranas se han roto estando la cabeza demasiado alta. En este sentido cuando la cabeza está suficientemente fija en la pelvis, es cuando a la mujer se le puede dar a elegir la

posición que ella prefiera y respetar esta elección forma parte de una atención de parto humanizada donde además de respetarse la libre elección de la posición por parte de la pacientes se respetan sus creencias, actitudes, etc.⁽³⁴⁾

Actualmente el Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con una Resolución Directoral N° 370-DG-INMP-12 del año 2012, en donde se aprueba la Directiva N°012-DG-INMP-12 ***“Atención de parto vertical con adecuación intercultural y técnicas en la atención de parto personalizado”*** en dicha institución, con la finalidad de implementar un ambiente de atención de parto personalizado con enfoque intercultural y la atención de parto vertical, sumado a ello la capacitación y sensibilización del personal de salud; para ofrecer una atención de calidad a pacientes de menores recursos, con pleno respeto de sus derechos satisfaciendo sus necesidades con inclusión social.

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente. De acuerdo con experiencias clínicas, un parto anormal, una distocia complicada, inducida o acentuada por oxitócicos, o resuelta con un parto instrumental, parece ser más doloroso que un parto normal. De todas formas incluso un parto completamente normal también resulta doloroso.⁽²⁰⁾ Es por ello que existen diferentes métodos para el alivio del dolor, sean estos farmacológicos o no, es importante dar un enfoque humanizado a la atención del parto donde se respeten las preferencias respecto a la libre elección de la técnica analgésica que desee recibir, pero aún más fundamental es ofrecer una adecuada información a la gestante y a su compañero. Existen diversos métodos no invasivos, ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el proceso de parto, en este sentido parece ser efectivo el apoyo brindado por el acompañante mediante la realización de masajes en la zona lumbar, estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias que incluyen hacer frente al dolor mediante el uso de técnicas de respiración, relajación y preparación oral alejando la atención del dolor.⁽²⁰⁾ Otros métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el proceso de parto se incluyen métodos que activan los receptores sensoriales periféricos como estimulación nerviosa eléctrica transcutánea,⁽²⁰⁾ uso de calor y frío de superficie, acupuntura, inmersión en el agua, hierbas y aromaterapia con fragancias; sin embargo, la efectividad de estos métodos no ha sido del todo establecida y en el Instituto Nacional Materno Perinatal no son de uso rutinario, razones por las cuales no es necesario entrar en detalles.⁽²¹⁾ En los países desarrollados, el alivio farmacológico del dolor ha ganado muchos adeptos, pues el efecto de las diferentes técnicas ha demostrado un claro beneficio en el alivio del dolor, pero los posibles efectos en la

madre y el feto han recibido menos atención;⁽²⁰⁾ asimismo, entre los agentes sistémicos existen un grupo muy numeroso de fármacos que pueden proporcionar un gran alivio del dolor pero a costa de efectos secundarios no deseados;^(22,23,24,25) razón por la cual el enfoque de parto humanizado implica informar a la paciente de estos posibles efectos y respetar la decisión que tome con respecto a la elección de la técnica analgésica para el manejo del dolor de parto.

Si bien algunos estudios demuestran que no existe relación entre alivio del dolor y la satisfacción materna,⁽²⁹⁾ muchas mujeres afrontan el dolor del parto con una actitud más positiva, lo cual demuestra el carácter totalmente diferente del dolor de parto. Asimismo, el trato del profesional que atiende el parto puede tener cierto efecto sobre la percepción de dolor, así lo demuestran algunos estudios donde madres primerizas muestran que el apoyo ofrecido por los profesionales de la salud durante el parto ejerce un aspecto muy positivo sobre la experiencia final del parto y el alivio del dolor no parecía tener ninguna implicación en las respuestas.^(20,30)

Actualmente el Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con una Resolución Directoral N° 150-DG-INMP-12 del año 2012, en donde se aprueba la Directiva N°010-DG-INMP-12 ***“Atención de parto con analgesia”*** en dicha institución, con la finalidad de ofrecer un recurso farmacológico que permita un parto sin dolor pero con una adecuada información.

Definición de términos

Acompañante: es la persona adulta elegida por la gestante para acompañarla durante la atención del parto. La función del acompañante es brindar apoyo emocional, físico, informativo y representativo para que el parto resulte una experiencia más confortable.

Elección de la posición del parto: es el proceso mental por el cual la gestante juzgará los beneficios de las distintas posiciones que puede realizar durante el trabajo de parto y seleccionará la posición en la cual se sienta más cómoda para parir en función de sus conocimientos, preferencias, costumbres y creencias.

Manejo del dolor: consiste en la forma de aliviar el dolor mediante técnicas farmacológicas y no farmacológicas para mejorar la percepción del dolor y la experiencia del parto.

Parto humanizado: es el proceso de atención de parto en el que se busca tomar en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la mujer como protagonista de su parto, y sus familiares; además de adoptar medidas y procedimientos que sea beneficiosos, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana.

Percepción: proceso mental a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los estímulos que reciben; es entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles sentido.

Puérpera inmediata: paciente que se encuentra dentro del período que transcurre desde que termina el alumbramiento hasta las primeras 24 horas post parto.

Trato profesional: forma de comunicarse o de establecer un vínculo con los pacientes.

El presente estudio se justifica en que la preocupación por la morbilidad materna y la consecuente deshumanización de las experiencias del parto, son problemas de salud pública que tienen mucha relación con la labor del Obstetra, cuya meta es disminuir índices y replantearse un nuevo modelo de atención que conste de apoyo continuo y personalizado para mujeres en el trabajo de parto. La única manera de hacer esto posible es brindando un buen servicio integral y hacer participantes a las usuarias de esta labor. Para lograr una atención humanizada, se requiere de profesionales de la salud sensibilizados y capacitados en este modelo de atención que estén dispuestos a luchar por abrir espacios y romper las barreras culturales y el paradigma rígido y mecanicista de la medicina occidental, bajo el conocimiento de que la humanización va más allá de realizar un simple procedimiento, implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas directamente o transmitidas de generación en generación; en ese sentido, es importante realizar estudios que recojan la percepción de las pacientes sobre la atención que se brinda en las instituciones sanitarias que buscan cambiar y mejorar constantemente paradigmas que impiden que la prestación de servicios de salud se lleven a cabo de forma satisfactoria.

Lo anterior lleva a plantearnos lo siguiente ¿Cuál es la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el período marzo-abril de 2015?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.

Objetivos específicos

- Describir la percepción con respecto al trato profesional en el parto humanizado de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2015.
- Describir la percepción con respecto a la elección de la posición en el parto humanizado de las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2015.
- Describir la percepción con respecto al acompañamiento o parto con acompañante en el parto humanizado de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2015.
- Describir la percepción con respecto al manejo del dolor de parto en el parto humanizado de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2015.

III. MÉTODOS

3.1 Tipo de investigación

Estudio observacional.

3.2 Diseño

El diseño de estudio fue descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

3.3 Población

Total de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo marzo-abril de 2015.

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra ubicado en el Jr. Miroquesada s/n Barrios Altos, Lima, Perú. Institución perteneciente al Ministerio de Salud, de nivel III-2 de atención, encargado de la atención especializada de la madre y del recién nacido. Centro de referencia para efectos de atención especializada en el territorio nacional.

3.4 Muestra

Unidad de análisis: Paciente atendida en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante la segunda semana de marzo hasta la segunda semana de abril de 2015.

Tamaño de la muestra: Según reportes institucionales del Servicio de Centro Obstétrico del INMP, anualmente se atienden un total de 8,441 partos vaginales,^{1/} lo que nos dió un aproximado de 703 partos vaginales atendidos mensualmente, dadas las restricciones por motivos de costo y dinero por parte de la investigadora se consideró un tamaño aproximado de 100 pacientes, distribuidos de acuerdo a la técnica de muestreo empleado.

Tipo y técnica de muestreo: El tipo de muestreo fue no probabilístico según criterio, donde se seleccionó a 8 pacientes del servicio de hospitalización interdiariamente de lunes a viernes durante 1 mes hasta completar un aproximado de 100 pacientes.

^{1/} Instituto Nacional Materno Perinatal. Análisis de la situación de los servicios hospitalarios. Lima-Perú: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. 2011.

3.5 Criterios de Inclusión

- Paciente ≥ 19 años.
- Paciente puérpera inmediata de parto vaginal.
- Paciente que acepte participar en el estudio.

3.6 Criterios de Exclusión

- Paciente con alteración del estado de conciencia.
- Paciente puérpera de embarazo múltiple.
- Paciente cuyo parto haya terminado en cesárea.
- Paciente que no acepte participar en el estudio.

3.7 Variables

Percepción sobre el parto humanizado

- Trato profesional.
- Acompañamiento o parto con acompañante.
- Elección de la posición para el parto.
- Manejo del dolor de parto.

3.8 Técnicas e instrumentos

La técnica que se empleó para la recolección de información fue la encuesta y fue de carácter anónimo, la fuente de investigación fue primaria, puesto que se obtuvo información de la misma paciente. Previo a la recolección de información se obtuvo la autorización del Director del Instituto Nacional Materno Perinatal y se identificó a todas aquellas puérperas inmediatas de parto vaginal atendidas durante la segunda semana de marzo y la segunda semana de abril del año 2015, las cuales fueron abordadas en el Servicio de Hospitalización interdiariamente de lunes a viernes hasta completar un aproximado de 100 pacientes.

El instrumento empleado incluyó 28 preguntas que responden a los cuatro aspectos del parto humanizado en los que se centra el estudio. Del total de preguntas incluidas en el instrumento, los ítems que permitieron evaluar la percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado fueron los ítems del 10 al 28, cuyas respuestas para cada pregunta consistieron en una escala Likert de 4 puntos donde: 1 correspondió a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre; para un rango real del instrumento de 18 a 72 puntos.

El instrumento se validó mediante una prueba piloto aplicada al 10% de pacientes que conformaron la muestra y que fueron atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, lo cual permitió mejorar el planteamiento de las

preguntas, de ello se determinó el coeficiente alfa de Cronbach para establecer la confiabilidad, así como también mediante la prueba de concordancia de juicio de expertos conformada por 6 profesionales capacitados en el tema.

Después de haberse validado el instrumento se establecieron los siguientes rangos de puntajes, estos rangos globales de percepción se clasificaron según una escala percentilar 50 y 75 en:

- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 54 a 72 puntos (percentil mayor a 75) se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto humanizado se ha realizado de forma adecuada.
- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 35 a 53 puntos (percentil 50 a 75) se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto humanizado se ha realizado de forma regular.
- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 18 a 34 puntos (percentil menor de 50) se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto humanizado se ha realizado de forma inadecuada.

3.9 Procedimientos y análisis de datos

Una vez obtenida toda la información esta se ingresó a una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 22.0 en español, considerando la operacionalización de las variables de estudio.

Análisis descriptivo:

Para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinó mediante las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Además, se usó el programa Microsoft Excel 2010 para elaborar las tablas y gráficos pertinentes.

3.10 Consideraciones éticas

Si bien el presente estudio fue de tipo prospectivo, este siguió en todo momento los lineamientos éticos para la investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki, la cual insta a los involucrados en la investigación en seres humanos a "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente", pues es deber del profesional de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la

autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizaron en el presente estudio. El presente estudio cumplió los lineamientos para investigación planteados en el Código de Ética del Colegio de Obstetras del Perú y los principios de la medicina (beneficencia, no maleficencia, autonomía y confidencialidad). Por otro lado, durante el transcurso del estudio se solicitó a toda paciente su consentimiento de participación, previa exposición de la finalidad y objetivos del estudio.

3.11 Consentimiento informado

Durante el transcurso del estudio se solicitó a toda paciente su consentimiento de participación, previa exposición de la finalidad y objetivos del estudio, para garantizar la voluntariedad de su participación. (Anexo 2)

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015 (n=100)

Características Sociodemográficas	$\bar{X} \pm DS$	Min-Max
Edad	26,2 \pm 5,7	19-42
	N	%
<25 años	48	48,0
≥ 25 años	52	52,0
Estado Civil		
Soltero/a	10	10,0
Casado/a	14	14,0
Conviviente	76	76,0
Nivel de Instrucción		
Primaria	6	6,0
Secundaria	67	67,0
Superior	27	27,0
Ocupación		
Ama de casa	61	61,0
Trabajadora dependiente	15	15,0
Trabajadora independiente	15	15,0
Estudiantes	7	7,0
Otros	2	2,0
Total	100	100

En la tabla 1, se observa que el grupo mayoritario de pacientes que participaron en el estudio fue mayor o igual a 25 años (52,0%), asimismo la edad promedio fue 26,2 \pm 5,7 años. El 76,0% de las entrevistadas eran convivientes, 14,0% estaban casadas y 10,0% solteras. El 67,0% tenía educación secundaria, 27,0% alcanzó el nivel superior y solamente 6,0% contaba con nivel primaria. Además, el 61,0% de las pacientes se dedicaban a labores domésticas, 30% trabajaba (dependiente o independiente) y 7,0% estaban estudiando.

Tabla 2. Características gineco-obstétrica de las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

Características Gineco - Obstétricas	N	%
Gestaciones		
Primigesta	37	37,0
Segundigesta	32	32,0
Multigesta	31	31,0
Paridad		
Primípara	44	44,0
Secundípara	33	33,0
Múltipara	23	23,0
Antecedente de cesárea		
Si	6	6,0
No	94	94,0
Controles Prenatales		
Adecuado (≥ 6)	81	81,0
Inadecuado (< 6)	19	19,0
Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica		
Si	36	36,0
No	64	64,0
Total	100	100,0

En la tabla 2, se observa entre las características gineco-obstétricas de las pacientes, que el 37,0% de las entrevistadas eran madres primigestas, 32,0% eran su segundigestas y el 31,0% eran multigestas. El 44,0% de las pacientes eran primíparas, el 33,0% indicaron que eran secundíparas y el 23% eran múltiparas. Solamente un 6,0% de las pacientes presentaron antecedente de cesárea. El 81,0% de las pacientes tuvieron de 6 a más controles prenatales. El 36,0% de las pacientes acudieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

Tabla 3. Percepción de la paciente sobre el trato profesional en la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

Percepción sobre el trato profesional	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Cuando ingresó a la sala de parto, el profesional que le atendió su parto se presentó con usted?	44	44,0	1	1,0	1	1,0	54	54,0
¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?	1	1,0	12	12,0	5	5,0	82	82,0
¿El profesional que le atendió su parto le explicó en qué consistía el trabajo de parto?	7	7,0	9	9,0	3	3,0	81	81,0
¿Cuando el profesional que le atendió su parto se dirigía a usted le llamaba por su nombre?	24	24,0	7	7,0	10	10,0	59	59,0
¿El profesional que le atendió su parto le explicó los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?	5	5,0	8	8,0	7	7,0	80	80,0
¿Cuando usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto, qué tanto el profesional que le atendió su parto le ayudó a controlarse?	12	12,0	2	2,0	6	6,0	80	80,0
¿El profesional que atendió su parto respetó su intimidad en todo momento?	3	3,0	10	10,0	9	9,0	78	78,0
¿El profesional que atendió su parto le pidió permiso antes de examinarla?	3	3,0	7	7,0	7	7,0	83	83,0
¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto fue amable y paciente con Ud.?	3	3,0	15	15,0	9	9,0	73	73,0

Según la tabla 3, el 44,0% de pacientes manifestaron que el profesional que atendió su parto nunca se presentó ante ellas; así mismo, el 59,0% de pacientes indicó que el profesional se dirigía a ellas llamándolas por sus nombres. Más del 80,0% de pacientes percibieron que la comunicación entre ellas y el profesional se mantuvo en todo momento, que se les solicitó permiso antes de examinarlas y que se les explicó los procedimientos que se realizaron durante su trabajo de parto. El 78,0% de pacientes percibió que en todo momento se respetó su intimidad y el 73,0% percibió que el profesional que atendió su parto fue en todo momento amable y paciente.

Tabla 4. Percepción de la paciente sobre la libre elección de la posición de parto en la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

Percepción sobre la libre elección de la posición de Parto	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. podría escoger la posición para el parto?	75	75,0	3	3,0	-	-	22	22,0
¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le enseñó posiciones para el trabajo del parto?	79	79,0	5	5,0	-	-	16	16,0
¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto?	75	75,0	3	3,0	-	-	22	22,0
¿Con qué frecuencia le permitieron poder cambiar de postura para su mayor comodidad mientras duro el trabajo de parto?	72	72,0	7	7,0	4	4,0	17	17,0

En la tabla 4, en relación a la libre elección de la posición del parto, se encontró que a más del 70% de pacientes no se les explicó que podían escoger la posición para su parto, no se les enseñó posiciones de parto, no se les explicó que podían deambular libremente durante el trabajo de parto y percibieron que nunca les permitieron cambiar de postura para su mayor comodidad durante el trabajo de parto.

Tabla 5. Posiciones de parto conocidas por pacientes en la atención del parto humanizado en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

Posición del Parto	N	%
¿Qué posiciones para el parto conoce Ud.?		
Echada	87	87,0
Sentada/Semisentada	46	46,0
De pie	15	15,0
En cuclillas	9	9,0
No sabe	1	1,0

Según la tabla 5, la posición más conocida para el parto fue la posición echada (87%), entre otras posiciones que refirieron conocer las pacientes se encontró la posición sentada o semisentada (46%), posición de pie (15,0%) y la posición en cuclillas (9,0%).

Tabla 6. Percepción de la paciente sobre el acompañamiento en la atención del parto humanizado en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

Percepción sobre el acompañamiento	N	%
¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que usted podía decidir tener un acompañante al momento de su parto?		
Nunca	25	25,0
Algunas veces	-	-
Casi siempre	2	2,0
Siempre	73	73,0
¿ Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que el acompañante que usted escogiera debía de ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarla, darle seguridad, apoyo, etc.?		
Nunca	31	31,0
Algunas veces	5	5,0
Casi siempre	6	6,0
Siempre	58	58,0
¿En qué momento cree Ud. que su acompañante debe estar en el trabajo de parto?		
Cuando ingrese a sala de partos	65	65,0
Cuando ingrese al hospital	16	16,0
Después del nacimiento	13	13,0
No deseo acompañante	4	4,0
Cuando lo solicite	2	2,0
Total	100	100,0

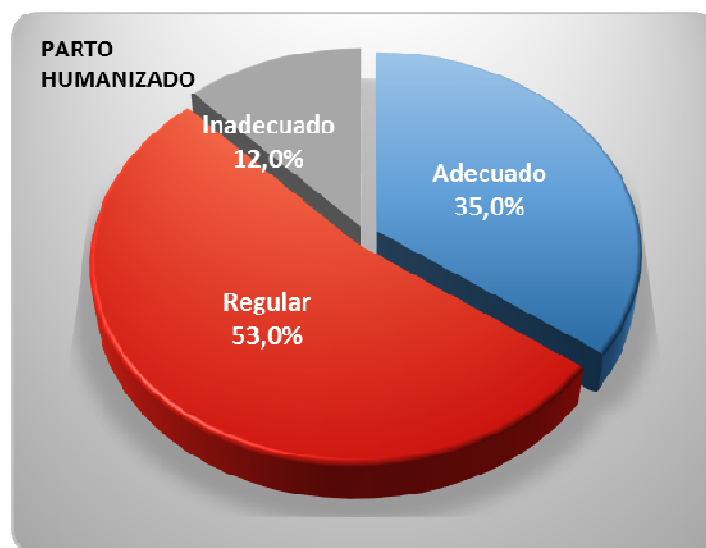
Según la tabla 6, las pacientes percibieron que el profesional que atendió su parto siempre les explicó que podían tener un acompañante al momento de su parto (73,0%); el 58,0% de pacientes percibieron que siempre se les explicó que el acompañante que eligieran debía ayudarlas a respirar correctamente, relajarse, etc. Además, el 65% de pacientes manifestaron que su acompañante debería estar con ellas desde el momento que ingresan a la sala de partos, el 16% a su ingreso del hospital, el 13% después del nacimiento de sus bebés y el 4% no desearon acompañante alguno.

Tabla 7. Percepción de la paciente sobre el manejo del dolor en la atención del parto humanizado en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

Percepción sobre el manejo del dolor de parto	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
¿ Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto?	10	10,0	23	23,0	32	32,0	35	35,0
¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto?	86	86,0	-	-	-	-	14	14,0
¿ Con qué frecuencia las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?	86	86,0	-	-	-	-	14	14,0

Según la tabla 7, la mayoría de pacientes percibieron que el profesional que atendió su parto siempre/casi siempre (70,0%) les explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto. El 86,0% de pacientes percibieron que nunca se les ofreció alguna alternativa para el manejo del dolor y solo el 14% percibieron que siempre se les ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto; y el 14,0% percibieron que siempre las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto.

Gráfico 1. Percepción global de la paciente sobre la atención de parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015



Según el Gráfico 1, de forma global las pacientes percibieron que el parto humanizado se realiza en la mayoría de casos de forma regular (53,0%), el 35,0% percibió que el

parto humanizado se realizó adecuadamente y solo un 12,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma inadecuada.

Tabla 8. Sentimientos maternos después del parto humanizado en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril 2015

	N	%
Después que nació su bebé ¿Cómo se sintió Ud.?		
Feliz	44	44,0
Aliviada	32	32,0
Tranquila	18	18,0
Cansada	3	3,0
Adolorida	2	2,0
Mal	1	1,0
Total	100	100,0

Según la tabla 8, los principales sentimientos maternos después del parto humanizado fueron felicidad y alivio en el 44,0% y 32,0% de pacientes, respectivamente; entre otras sensaciones maternas se encontró la tranquilidad referida por el 18,0% de pacientes.

V. DISCUSIÓN

Todas las mujeres quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto, confían plenamente en la competencia profesional de los expertos, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente, es decir cualidades que permiten humanizar la asistencia de parto. Se ha descrito que la calidad asistencial es la suma de dos componentes; uno intrínseco relacionado a la capacidad, destreza técnica y a la tecnología y otro extrínseco relacionado con el componente humano, trato con el paciente y sus familiares.⁽⁶⁾ En este sentido en nuestro estudio sobre parto humanizado en su dimensión trato profesional se caracterizó por una percepción siempre favorable para aspectos como la presentación del profesional (54,0%), la comunicación (82,0%), se le llamó por su nombre (59,0%), explicaciones sobre los procedimientos (80,0%), respeto de la intimidad (78,0%), amabilidad (73,0%), entre otros. No existe una estadística de frecuencia con la cual comparar estas cifras pero sin duda en el estudio de Castellano C. y col⁽²⁾ hacen referencia que en el 66,8% de los actos médicos se realizan sin consentimiento y 49,4% brindan un trato deshumanizante, percibido por la usuaria. En suma, en el presente estudio pudo observarse que las pacientes en la mayor parte de casos poseen percepciones favorables para el trato recibido por el profesional que las atendió durante su parto; similares resultados fueron encontrados en el estudio de Saavedra D.⁽¹⁾ donde más de la mitad de madres participantes del estudio calificaron de forma favorable los comportamientos de cuidado y trato. Estos resultados reflejan la tendencia actual a nivel internacional acerca de la introducción de modelos de atención humanizada los cuales promueven cambios profundos en el trato profesional hacia la gestante, en el respeto por las decisiones que tome en el curso de su trabajo de parto y parto.

El enfoque de parto humanizado incluye el respeto de las necesidades de elección de la posición en la cual desea tener su parto, más aún en pacientes procedentes de nuestra sierra y selva, pues una costumbre muy arraigada en estas pacientes es la de optar por posiciones verticales; según Castellanos C. y col⁽²⁾ refiere que constituye un acto de violencia obstétrica, el “obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical”, teniendo en cuenta lo anterior, en nuestro estudio se encontró que el 75% de pacientes percibieron que nunca se les explicó que podían elegir su posición de parto, el 75% percibieron que nunca se les explicó que podían deambular libremente durante su parto y el 72% refirió haber percibido que nunca se le permitió cambiar de posición

para una mayor comodidad durante su trabajo de parto; en suma la libre elección de la posición de parto nunca fue percibida de forma favorable, constituyéndose como evidencia de posibles actos de violencia obstétrica. Desde el punto de vista clínico, la importancia de la posición de parto radica en que adoptar la posición acostada se relaciona con mayor percepción de dolor y complicaciones fetales según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), por lo que se debe informar a la mujer sobre los efectos de las diferentes posiciones de parto y dársele a elegir de forma libre cuál de ellos adoptar.⁽⁴⁰⁾ Si bien se carece de antecedentes investigativos para contrastar las percepciones con respecto a la libre elección de posición, es importante tener en cuenta que el manejo farmacológico del dolor de parto limitaría la posibilidad de la libre elección de la posición de parto.

Sampaio A. y col⁽³⁸⁾ refiere que las necesidades y expectativas de las gestantes acerca de la atención de parto giran en torno a necesidades afectivas como cariño, atención, afecto y comprensión, dichas necesidades deben ser satisfechas por el profesional de la salud o por el contrario permitiendo la compañía de familiares o acompañante emocionalmente significativo. En relación a ello, las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal tuvieron una percepción casi siempre favorable para el acompañamiento en el parto humanizado. En el estudio de Hodnet E. y col⁽³⁸⁾ demuestra que una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta comfortable y en la que confíe. En el presente estudio se observó que la mayor parte de pacientes percibieron que siempre se les daban explicaciones acerca de la decisión de poder tener una acompañante (73,0%) y explicaciones recibidas sobre las funciones del acompañante (58,0%), el acompañamiento es de suma importancia pues permite humanizar más el parto siempre que sea de bajo riesgo, ya que como se ha reportado las pacientes necesitan de la presencia de un profesional que además de darles cariño y orientación les transmita seguridad a través de sus conocimientos, les permita ser acompañadas por un familiar, pareja, etc. Además se ha demostrado claramente, repercusiones positivas en los valores de Apgar de recién nacidos de gestantes que reciben apoyo familiar continuo,⁽⁴⁰⁾ similar a lo reportado por Samar D.⁽⁴¹⁾ en que existe una asociación favorable entre el acompañamiento durante el trabajo de parto y los beneficios maternos-perinatales en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Sin embargo, en otras investigaciones como las de Coral R.⁽⁷⁾ se ha encontrado que los profesionales no destinaron tiempo suficiente para esta actividad y es preciso recordar que desde el momento que la mujer ingresa a la sala de trabajo de parto, pierde el contacto directo con sus familiares; la intervención del profesional, en

este momento, juega un papel importante para identificar las necesidades de la familia, realizar las respectivas intervenciones y reconocer que es un derecho que tienen los familiares de ser informados sobre la situación de la mujer gestante. Cabe también recordar que el tiempo de duración en un trabajo de parto es relativo y depende de las condiciones específicas de la madre o de complicaciones que se pueden presentar, entonces, son los familiares quienes con ansiedad esperan apoyo e información oportuna y deben ser informados también acerca del acompañamiento del parto, ya que en ciertas situaciones es posible que el acompañante se encuentre gestionando trámites mientras la gestante se encuentra en una labor de parto, cuyo tiempo resulta insuficiente para que la pareja o acompañante se encuentre presente.

Los cuidados brindados en trabajo de parto humanizado implica el respeto a sus derechos y elecciones, entre ellos el optar por el uso de técnicas para el manejo del dolor de parto sean farmacológicas o no; pero, si bien el manejo farmacológico del parto brinda la posibilidad de hacer más llevadero el dolor, los efectos de su uso no son del todo favorables para la madre y su hijo, razón por la cual es necesario llegar a un equilibrio entre estos dos aspectos; Hodnett E. y col⁽³⁹⁾ refieren que una atención materna acogedora y segura disminuye la necesidad de recibir un manejo analgésico farmacológico e incrementar las probabilidades de manifestar satisfacción con la experiencia de parto. En relación a ello, la percepción sobre el manejo del dolor de parto en el parto humanizado evidenció que la mayoría de pacientes tuvieron una percepción casi nunca favorable, pues solo en el 35% de pacientes percibieron que siempre se les explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor, solo a 14% percibieron que siempre se les ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto y solo el 14% percibió que siempre las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto, estos resultados son sumamente importantes pues estudios revelan que las alternativas para el manejo de dolor de parto ha contribuido de forma significativa a cambiar la percepción negativa del parto tal como lo refirió Quintana M. y col;⁽³⁵⁾ en este sentido cobra también un papel importante la preparación en psicoprofilaxis obstétrica sobre el manejo del dolor como un método no farmacológico.

El 35,0% de las pacientes tuvieron la percepción que el parto humanizado se realizó con un nivel adecuado, pero la mayoría percibió que se realizó con un nivel regular; resultados globales similares a lo reportado por Gonzales J. y col,⁽⁵⁾ donde la percepción de la atención humanizada de pacientes evidenció que la mayoría percibe una atención humanizada por parte de los profesional de salud. Sin embargo, Saavedra D,⁽¹⁾ donde al evaluar los comportamientos de cuidado que percibe la

gestante en trabajo de parto encontraron que el 75% de madres perciben un cuidado profesional como favorable y el 22% calificó al cuidado como medianamente favorable; si bien en el presente estudio la mayoría de pacientes (83,0%) percibió que se les pidió permiso antes de examinarlas, Castellanos C.⁽²⁾ encontró que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos sin consentimiento y trato deshumanizante por parte del personal de salud. Existen diferencias con respecto a lo reportado en diferentes investigaciones estas pueden deberse en gran medida a que son diversas las metodologías empleadas para medir la atención humanizada; algunos estudios que se disponen se han realizado en áreas hospitalarias diferentes a la sala de partos, razón por la cual es necesario seguir investigando acerca del parto humanizado.

Lo anterior, permite afirmar que los profesionales deben considerar como eje organizador el desarrollo de habilidades humanas, sin olvidar la permanente actualización del componente técnico del cuidado.⁽⁷⁾ Por último, estos resultados permitirán a los profesionales de la salud tener una visión integral enriquecida, un cuidado oportuno, efectivo, eficiente, de alta de calidad y humano con miras a la satisfacción de las expectativas de la gestante y manteniendo el máximo bienestar del binomio madre-hijo.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La percepción global sobre el parto humanizado evidenció que la mayoría de pacientes coincide que este proceso se realizó de forma regular (53,0%), un 35,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma adecuada y solo el 12,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma inadecuada.
- El trato profesional implícito en el parto humanizado que se brinda en el Instituto Nacional Materno Perinatal siempre fue percibido por la mayoría de pacientes de forma favorable.
- La libre elección de la posición implícita en el parto humanizado nunca fue percibida por las pacientes de forma favorable, constituyéndose como uno de los puntos más débiles del parto humanizado que se brinda en dicha institución.
- A pesar que a la tercera parte de pacientes nunca se les explicó qué labor cumpliría su acompañante al momento del parto, el acompañamiento durante el proceso de parto implícito en el parto humanizado siempre fue percibido favorablemente por las pacientes.
- El manejo de dolor de parto implícito en el parto humanizado nunca fue percibida de forma favorable; sin embargo, poco más de la tercera parte de pacientes (35,0%) refirieron que siempre se les explicó alternativas disponibles para manejar el dolor de parto.

Recomendaciones

- Para evaluar los resultados de percepción de parto humanizado inadecuado, se sugiere realizar una revisión de los procesos estandarizados en la correcta aplicación de los protocolos para garantizar un parto humanizado de calidad en todas las pacientes.
- Tomando en cuenta que la percepción hacia la libre elección de la posición de parto fue casi nunca favorable, se recomienda realizar intervenciones de tipo educativas con el propósito de empoderar a la mujer y promover su derecho con respecto a la libre elección de la posición de parto
- Tomando en cuenta que la percepción hacia el manejo del dolor de parto fue en la mayor parte de casos casi nunca favorables, se recomienda además de ofrecer técnicas de manejo de dolor, educar acerca de las alternativas de manejo del dolor y explicar en qué consiste cada alternativa con el propósito de humanizar más aún el proceso de parto.
- Se recomienda realizar posteriores estudios de tipo relacional que permitan establecer cuales podrían ser los factores que afectan estas percepciones que tienen las pacientes con respecto al parto humanizado, con el propósito que el profesional tenga en cuenta a la hora de brindar atención.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saavedra D. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. (Tesis de maestría). Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2013.
2. Castellanos C, Terán P. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. (Tesis de especialidad en obstetricia y ginecología). Caracas-Venezuela: Universidad Central de Venezuela. 2012.
3. Arnau J. Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia. (Tesis doctoral). Murcia-España: Universidad de Murcia. 2012.
4. Orozco G, Peña A. Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto. (Tesis de licenciatura). Minatitlán-México: Universidad Veracruzana. 2010.
5. Gonzales J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. (Tesis de licenciatura). Bogotá-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. 2009.
6. Goberna J, Palacio A, Banús R. Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9(1): 5-10.
7. Coral R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica.* 2008; 11(1): 47-56.
8. Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008; 73(3): 179-184.
9. Callata Y, Zegarra S. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.
10. González B, Rocha O. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* 2005; 3: 3-14.
11. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical, retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008; 54: 49-57.

12. Darra S. Normal, natural, good or good-enough birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*. 2009; 16(4): 297-305.
13. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, "Tecnología apropiada para el parto", en *The Lancet*, 1985, 2:436-437, traducción ACPAM.
14. Klaus M, Kennel J, Robertson S, Sosa R, Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J*. 1986; 293: 585-587.
15. Hodnett E, Osborn R. Effects of continuous intra-partum of profesional support on Childbirth outcome. *Research in Nursing and Health*. 1989; 12: 289-297.
16. Hemminki E, Virta A, Koponen P, Malin M, Kojo H, Tuimala R. A trial on continuous human support during labor: feasibility, interventions and mother's satisfaction. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1990; 11: 239-250.
17. Hofmeyr G, Nikodem U, Wolman W, Chalmers B, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment on progress and perceptions of labour and breast feeding. *Br J Obstet Gynaecol*. 1991; 98: 756-764.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. GINEBRA Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 1999.
19. Espar M. Los secretos de un parto feliz, Ayuda a tu hijo a nacer de forma segura y sana. México: Editorial Grijalvo. 2011.
20. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 1996.
21. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J, *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2nd edition, Oxford University Press, 1995.
22. Dickersin K. Pharmacological control of pain during labour. In: Chalmers et al (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press 1989
23. Catchlove F, Kafer E. The effects of diazepam on the ventilatory response to carbon dioxide and on steady-state gas exchange. *Anesthesiology*. 1971; 34: 9-13.
24. Dalen J, Evans G, Banas J, Brooks H, Paraskos J, Dexter L. The hemodynamic and respiratory effects of diazepam (Valium). *Anesthesiology*. 1969; 30: 259-263.
25. McAllister C. Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. *Br J Anaesth* 1980; 52: 423-427.
26. Robinson J, Rosen M, Evans J, Revill S, David H, Rees G. Maternal opinion about analgesia for labour. A controlled trial between epidural block and

- intramuscular pethidine combined with inhalation. *Anaesthesia* 1980; 35: 1173-1181.
27. Philipsen T, Jensen N. Epidural block or parenteral pethidine as analgesic in labour; a randomised study concerning progress in labour and instrumental deliveries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1989; 30: 27-33.
 28. Thorp J, Hu D, Albin R, McNitt J, Meyer B, Cohen G, Yeast J. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 169: 851-858.
 29. Morgan B, Bulpitt C, Clifton P, Lewis P. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 mother survey). *Lancet.* 1982; 2: 808- 810.
 30. Waldenström U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labour. *Birth.* 1991; 18: 1:5-10.
 31. Senden I, Wetering M, Eskes T, Bierkens P, Laube D, Pitkin R. Labor pain: A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 1988; 71: 541-544.
 32. Chen S, Aisaka K, Mori H, Kigawa T. Effects of sitting position on uterine activity during labor. *Obstet Gynecol.* 1987; 79: 67-73.
 33. Williams R, Thorn M, Studd J. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1980; 87: 122-126.
 34. Martínez M, Villa P, Martínez M, Vilches E, Tobar A, Álvarez S. Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Rev. Matronas Hoy.* 2014; 2(5): 8-11.
 35. Quintana M, Torrado M, Núñez M, Bouchacourt J, Álvarez E. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. *Anest Analg Reanim.* 2013; 26(2):6.
 36. Gredilla E, Pérez A, Martínez B, Alonso E, Díez J, Gilsanz F. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2008; 55: 160-164.
 37. Mota M, Petters V, De Oliveira Z, Da Silva J, Regis M. Encuentro de padres, bebés y profesionales de Salud: oportunidad para la mujer y la familia para Narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento. *Enfermería Global.* 2006; (9):1-13.
 38. Sampaio A, De Vasconcelos A, Ferreira E. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma o realidad ?. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(3):185-191.
 39. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford. 2008. Disponible en: <http://www.updateoftware.com>.

(Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).pág.5

40. De Monterrosa E, Zuleta J, Rojas R. Prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto, puerperio y recién nacido. *Avances en enfermería*. 2006;14(1):43-52.
41. Samar D. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina de San Fernando. 2011
42. Resolución Directoral N°171-DG-INMP-10. Directiva N°007-DG-INMP-10 “Atención del parto con Acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal”. Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Neonatología y de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios. Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.
43. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL INMP DE LIMA, MARZO-ABRIL DE 2015

Instrucciones: Es grato dirigirnos a usted para solicitarle su participación en el presente estudio de investigación. Esta encuesta es de carácter anónimo y su finalidad es académica. Agradecemos de antemano su sinceridad y veracidad en los datos brindados.

N° de encuesta:.....

Fecha:/...../.....

Hora:

I. Características sociodemográficas

1. Edad:.....años

2. Estado civil: () Casado/a () Conviviente () Soltero/a () Otro.....

3. Nivel de instrucción:

() Ninguno

() Primaria

() Secundaria

() Superior

Años aprobados.....

4. Ocupación:

() Ama de casa

() Trabajadora dependiente

() Trabajadora independiente () Otro:.....

II. Características ginecoobstétricas

5. Número de gestaciones: () Primigesta () Segundigesta () Multigesta

6. Número de partos:.....

7. Partos por cesárea: () No () Si,.....

8. Número de controles prenatales:

9. Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica: () Si () No

III. Percepción sobre el parto humanizado

Trato profesional

10. ¿Cuando ingresó a la sala de parto, el profesional que le atendió su parto se presentó con usted?

() Nunca

() Algunas veces

() Casi siempre

() Siempre

11. ¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?

() Nunca

() Algunas veces

() Casi siempre

() Siempre

12. ¿El profesional que le atendió su parto le explicó en qué consistía el trabajo de parto?

- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
13. ¿Cuando el profesional que atendió su parto se dirigía a usted la llamaba por su nombre?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
14. ¿El profesional que le atendió su parto le explicó los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
15. ¿Cuando usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto, qué tanto el profesional que le atendió su parto le ayudo a controlarse?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
16. ¿El profesional que atendió su parto respetó su intimidad en todo momento?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
17. ¿El profesional que atendió su parto le pidió permiso antes de examinarla?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
18. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto fue amable y paciente con Ud.?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

Acompañamiento

19. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que usted podía decidir tener un acompañante al momento de su parto?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
20. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que el acompañante que usted escogiera debía de ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarla, darle seguridad apoyo, etc.?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
21. ¿En qué momento cree Ud. que su acompañante debe estar en el trabajo de parto?

Libre elección de la posición para el parto

22. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. podría escoger la posición para dar a luz?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
23. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le enseñó las posiciones para el trabajo de parto?
- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
- ¿Qué posiciones para el parto conoce Ud.?
- a). Echada b). Sentada c). De pie d). En cuclillas e). No sabe

24. ¿ Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

25. ¿Con qué frecuencia le permitieron cambiar de postura para su mayor comodidad mientras duró el trabajo de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

Manejo del dolor de parto

26. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

27. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

28. ¿Con qué frecuencia las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

- ¿Después que nació su bebé, cómo se sintió Ud.?

Gracias por su participación...

Anexo N° 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA, EN EL PERÍODO MARZO-ABRIL DE 2015

Ud. ha sido invitada para participar en una investigación titulada “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el período marzo-abril de 2015”. El objetivo de este estudio es determinar como usted percibe la atención de parto humanizado que la institución brinda. Los resultados servirán para implementar mejoras en la atención. Esta investigación es realizada por Gabriela del Pilar Vela Coral, quien desea obtener el Título de Licenciada en Obstetricia, con la presentación de este trabajo de investigación.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar mujeres con edades a partir de 19 años que acuden por atención de atención del parto al INMP y acepten participar en el estudio.

¿En qué consistirá tu participación?

Se le informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación. Si acepta participar en este estudio, participará del desarrollo de una encuesta, por un tiempo aproximado de 10 minutos, además se le informa que es anónima.

¿Existen riesgos?

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio.

¿Existe algún beneficio?

No habrá ningún beneficio directo para la participante sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para la sociedad, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

¿Me puedo retirar del estudio en cualquier momento?

Tu participación es completamente voluntaria y puedes rehusarte a continuar con la entrevista en cualquier momento. Lo que no producirá ninguna penalidad contra usted.

Confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad de cada participante no se le pedirá ninguna información personal, como nombres y apellidos, dirección u otra información. Así la encuesta será almacenada de manera confidencial. Esto significa que ni su nombre, dirección u otra información que pudiera identificarla podrá ser revelada. Sólo el investigador podrá tener acceso a la información. Si los resultados fueran publicados, la identidad de los participantes no podrá saberse por el carácter anónimo de la encuesta.

¿A quien llamé si tengo preguntas?

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, usted es bienvenida a hacerla en cualquier momento. Para mayor información sobre el estudio, puede contactar con Gabriela del Pilar Vela Coral.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado el estudio, que se le ha dado tiempo para leer este documento y sus preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

“Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Acepto participar en los siguientes componentes del estudio”.

Nombre de la paciente o apoderado _____

_____/_____/_____
(Firma de la paciente o apoderado)
(Fecha)

Declaración del investigador

Yo certifico que se le ha dado el tiempo adecuado al participante para leer y conocer sobre el estudio, así como que, sus preguntas han sido resueltas. Es mi opinión que el participante entiende el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos que se seguirán en este estudio y de manera voluntaria ha aceptado participar.

(Firma del encargado que obtuvo el consentimiento)

_____/_____/_____
(Fecha)

Anexo N° 3: Operacionalización de variables

VARIABLE		DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Percepción sobre el parto humanizado	Trato profesional	Percepción acerca del trato recibido durante el proceso de trabajo de parto	Presentación	Cualitativa	Ordinal	Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre	Ficha de recolección de datos
			Comunicación	Cualitativa	Ordinal		
			Explicaciones sobre TDP	Cualitativa	Ordinal		
			Llamada por mi nombre	Cualitativa	Ordinal		
			Explicación sobre procedimientos	Cualitativa	Ordinal		
			Ayuda en caso de pérdida de control	Cualitativa	Ordinal		
			Respeto a la intimidad	Cualitativa	Ordinal		
			Permiso para examinar	Cualitativa	Ordinal		
			Amabilidad	Cualitativa	Ordinal		
	Elección de la posición del parto	Percepción de las pacientes respecto a las posiciones para el parto y la elección de alguna de estas posiciones.	Explicaciones sobre elección de la posición para el parto	Cualitativa	Ordinal	Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre	Ficha de recolección de datos
			Enseñanza de posiciones para el parto	Cualitativa	Ordinal		
			Explicaciones sobre la libre deambulaci3n	Cualitativa	Ordinal		
			Cambio de posici3n	Cualitativa	Ordinal		
	Acompa1amiento durante el trabajo de parto	Percepci3n del acompa1amiento tanto del familiar como del profesional que brinda la atenci3n del parto humanizado.	Explicaciones sobre la decisi3n de acompa1amiento	Cualitativa	Ordinal	Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre	Ficha de recolecci3n de datos
			Explicaciones sobre la funci3n del acompa1ante	Cualitativa	Ordinal		
	Manejo del dolor de parto	Percepci3n de las pacientes con respecto a las alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto.	Explicaciones sobre alternativas para el manejo del dolor	Cualitativa	Nominal	Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre	Ficha de recolecci3n de datos
			Ofrecimiento de alternativas para el manejo del dolor	Cualitativa	Nominal		
			Alivio del dolor	Cualitativa	Nominal		